

# LE HANDICAP PSYCHIQUE

## (VOIR ITEM 54 ET 115)

Dr Clélia Quilès<sup>1,2</sup>, Pr Christophe Lançon<sup>3</sup>

1. Centre hospitalier Charles-Perrens, F-33000 Bordeaux, France

2. Université de Bordeaux, F-33000 Bordeaux, France

3. Pôle psychiatrie universitaire, CHU Sainte-Marguerite, F-13274 Marseille Cedex 09, France  
[cquiles@ch-perrens.fr](mailto:cquiles@ch-perrens.fr)



**ÉVALUER** le handicap psychique de l'adulte.

**ANALYSER** les implications du handicap en matière d'orientation professionnelle et son retentissement social.

**ÉVALUER** le handicap psychique de l'enfant et de l'adolescent en matière d'intégration scolaire et d'articulation entre le secteur sanitaire et médico-social. **ARGUMENTER** les principes d'orientation, de prise en charge et d'aide (MDPH Auxiliaire de vie scolaire collectif et individuel, Médico-social – intégration scolaire, etc) pour les enfants porteurs de handicap psychique

**ARGUMENTER** les principes d'utilisation et de prescription des principales techniques de remédiation cognitive.

**ARGUMENTER** les principes d'utilisation et de prescription des principales techniques éducatives et d'entraînement cognitif chez les enfants porteurs de handicap psychique.

### Définitions « pour comprendre »

#### Définition et épidémiologie du handicap

Le handicap affecte 80 millions de personnes en Europe (selon l'*European Disability Strategy*) et 1 milliard de personnes dans le monde selon le rapport mondial sur le handicap de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) 2013.

Le terme « handicap » se rapporte à la limitation des possibilités d'interaction d'un individu avec son environnement. Cette limitation est la conséquence d'une déficience, elle-même à l'origine d'une incapacité, conduisant à des difficultés psychiques, intellectuelles, sociales et/ou physiques. La loi n° 2005-102 du 11 février 2005, article 14 pour l'égalité des droits et des

chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, a défini la notion de handicap : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activités ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

Le handicap n'est donc pas un « état », mais une « situation de handicap » d'origine physique, sensorielle, mentale, cognitive ou psychique. Les fonctions psychiques sont donc bien reconnues dans cette définition comme des sources de handicap (la loi de 2005 a ainsi « reconnu » le handicap psychique).

Deux notions différentes doivent être distinguées : le handicap mental et le handicap psychique.

La « situation de handicap d'origine mentale » est reliée à une altération cognitive globale entraînant une efficacité intellectuelle diminuée (souvent non évolutive dans le temps). Présente dès la naissance, il s'agit d'une situation de handicap durable, nécessitant des soins médicaux habituellement peu fréquents, essentiellement de nature à diminuer l'impact du handicap. L'exemple d'une personne souffrant d'un retard mental dans le cadre d'une trisomie 21 peut être cité.

La « situation de handicap d'origine psychique » est reliée à une altération cognitive spécifique ou des biais cognitifs (évoluant par poussées dans le temps) perturbant l'organisation des activités et des relations sociales. Le handicap psychique est donc secondaire à un trouble psychiatrique. Apparaissant à l'adolescence ou à l'âge adulte, ce handicap est évolutif, et requiert des soins médicaux indispensables, permettant de stabiliser le trouble psychiatrique (tels les psychotropes) et de diminuer l'impact du handicap (telle la remédiation cognitive, par exemple).

Le handicap psychique fait partie des premières causes de handicap selon l'OMS. On estime à 700 000 le nombre de personnes présentant un handicap psychique en France. Il s'agit de la première cause de mise en invalidité par la Sécurité sociale.

## Modèle de l'OMS du handicap

Trois niveaux (déficience, limitations et restriction de participation), de complexité croissante et en interaction les uns avec les autres, constituent le modèle de l'OMS du handicap. Il existe par ailleurs deux catégories de facteurs susceptibles d'influencer la cascade de conséquences menant des déficiences aux restrictions de participation :

- les facteurs personnels (conceptions issues de la psychologie de la santé : le stress perçu, le soutien social perçu, le contrôle perçu et les stratégies d'adaptation) ;
- et les facteurs environnementaux (éléments du contexte de vie de l'individu).

Ces facteurs peuvent constituer des obstacles ou des facilitateurs de la participation à la vie sociale.

### 1. Déficience

Les déficiences correspondent au dysfonctionnement des structures anatomiques. Les altérations cognitives retrouvées dans les troubles psychiatriques appartiennent à ce type de dysfonctionnement et s'évaluent par des tests neuropsychologiques, indispensables dans tout bilan de troubles psychiatriques sévères. Les altérations cognitives contribuent fortement au pronostic fonctionnel des troubles psychiatriques.

### 2. Limitation d'activité

Les limitations d'activité désignent les difficultés qu'une personne peut rencontrer pour mener une activité, c'est-à-dire ce que la personne est capable ou non de faire. Ainsi, les limitations d'activités peuvent concerner différentes tâches de la vie quotidienne, ou encore les compétences sociales et professionnelles.

### 3. Restriction de participation

Les restrictions de la participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer pour participer à une situation de la vie réelle. Il ne s'agit pas de ce que la personne est capable de faire ou pas, mais surtout de ce qu'elle fait réellement (fig. 1).

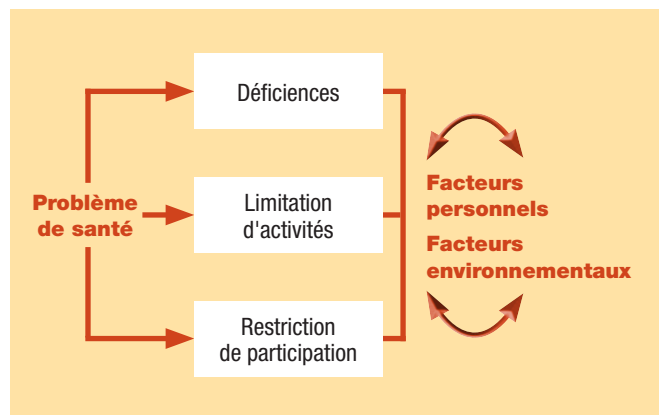


FIGURE 1 Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, OMS, 2001.

## Prise en charge du handicap

### Principes généraux de la prise en charge (fig. 2)

La réhabilitation psychosociale comporte l'ensemble des stratégies qui permettent aux sujets souffrant de troubles psychiatriques de récupérer leur fonctionnement social et instrumental dans la plus large mesure possible en utilisant des procédés d'apprentissage et des mesures prothétiques. La réhabilitation inclut donc la remédiation, la réadaptation, la réinsertion.

### Prise en charge des déficiences et limitations d'activité : la psychoéducation et la remédiation cognitive

Des interventions de psychoéducation ont été développées pour communiquer les connaissances actuelles sur la maladie et le traitement de personnes atteintes de schizophrénie, et leur permettre ainsi d'établir un lien entre d'éventuelles altérations rapportées par leur bilan et leurs conséquences concrètes. Il a été montré que la psychoéducation réduisait le taux de rechutes, de réadmissions à l'hôpital et la durée du séjour, et permettait d'améliorer l'observance médicamenteuse, et ce d'autant plus qu'elle intervient précocement dans l'évolution de la pathologie.

La remédiation cognitive a pour objectif de diminuer les altérations cognitives des sujets souffrant de trouble psychiatrique. Les altérations cognitives se manifestent par :

- des altérations non spécifiques aux troubles psychiatriques (pouvant se retrouver dans les maladies neurologiques, par exemple), à savoir des altérations neurocognitives ;
- mais également par des altérations spécifiques aux troubles psychiatriques, à savoir la cognition sociale et la métacognition.

La remédiation de ces altérations nécessite préalablement une évaluation complète neuropsychologique individuelle. L'objectif de cette évaluation est, d'une part, de connaître les altérations les plus importantes du sujet, et, d'autre part, de connaître les conséquences de ces déficiences dans la vie quotidienne (restrictions de participation). Le travail de remédiation ne cible en effet pas simplement une amélioration des performances cognitives dans les domaines les plus altérés mais aussi et surtout une réduction des répercussions de ces altérations.

La schizophrénie représente l'une des principales indications de la remédiation cognitive, qu'elle soit non spécifique ou spécifique.

### Prise en charge des restrictions de participation

Il s'agit principalement des techniques de réadaptation et de réinsertion. La réadaptation peut être définie comme l'ensemble des actions permettant de supprimer, atténuer, ou surmonter les obstacles générateurs de handicap. La réinsertion quant à elle a pour objectif d'aider un individu à retrouver son milieu familial, social et professionnel.

La prise en charge des restrictions de participation nécessite le plus souvent des démarches administratives (maison départementale des personnes handicapées, MDPH) et/ou judiciaire

Le handicap psychique (voir item 54 et 115)



## POINTS FORTS À RETENIR

- Le modèle de l'OMS du handicap distingue trois niveaux : déficience, limitation d'activité, restriction de participation.
- Ce modèle s'applique à la psychiatrie comme au reste de la médecine.
- La prise en charge des déficiences et limitations d'activité en psychiatrie repose sur les techniques de remédiation cognitive, qui sont des techniques de rééducation ayant pour objectif de diminuer les altérations cognitives.
- La prise en charge des restrictions de participation repose sur les aides au logement, les aides financières, et le développement d'un réseau social.
- La prise en charge des déficiences, limitations d'activités et restriction de participation participent à la réhabilitation psychosociale.

(tribunal de grande instance) spécifiques. Un dossier est ainsi constitué afin de demander l'ouverture de droits par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDPAH) à la MDPH.

Les prestations, dans trois domaines en fonction du niveau de restriction de participation (sévérité du handicap évaluée par le guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée [GEVA]), sont attribuées pour :

- le logement ;
- le travail ou aides financières ;
- le réseau social.

## 1. Logement

Il existe plusieurs possibilités de logement pour les personnes souffrant de handicap psychique, en fonction des possibilités du sujet. Le logement peut ainsi être ordinaire, ou alors adapté (maisons relais, résidences d'accueil) ou encore en appartement communautaire ou associatif. Afin de maintenir l'autonomie dans ce logement et dans la vie quotidienne, il existe des possibilités d'accompagnement à la vie sociale sous la forme :

- d'un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ;
- ou d'un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

Le SAMSAH propose, en plus de l'accompagnement dans la vie quotidienne pour les activités sociales et professionnelles, un accompagnement dans le suivi médical et paramédical du patient.

Des aides ménagères peuvent s'ajouter.

Enfin, il est aussi possible de demander l'intervention d'infirmiers à domicile, voire de soins médicaux ambulatoires, afin de compléter le suivi médical ambulatoire. Ces différents dispositifs ont pour objectif de favoriser un travail de réhabilitation psychosociale en condition écologique.

## 2. Travail et aides financières

En fonction de la sévérité de son handicap, le patient peut travailler en milieu ordinaire, avec recherche d'emploi standard, ou bien bénéficier de la reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH) accordée par la MDPH, permettant un aménagement de poste.

Si le travail en milieu ordinaire est impossible, la RQTH permet également le travail en milieu protégé, soit en entreprise adaptée, soit en établissement et service d'aide par le travail (ESAT) qui peut s'associer temporairement à un foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés.

Si le travail n'est pas possible, le patient peut bénéficier soit d'une pension d'invalidité (versée par la Sécurité sociale) s'il a déjà travaillé, soit d'une allocation pour adulte handicapé (AAH), accordée par la MDPH.

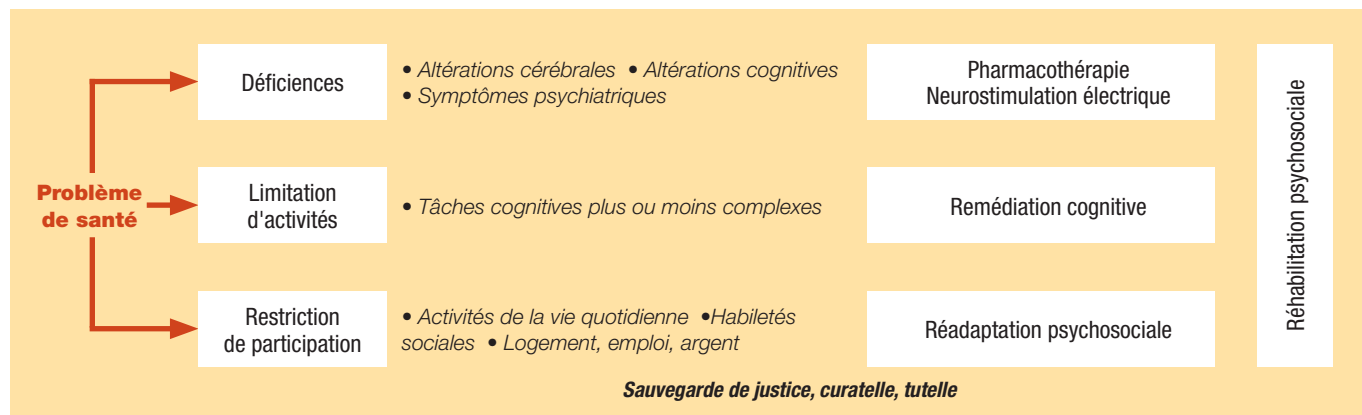


FIGURE 2 Schéma synthétisant les différents axes de la prise en charge du handicap psychique selon le modèle de l'OMS (Organisation mondiale de la santé).

## Message de l'auteur

Les questions posées portant sur cette item s'intégreront parfaitement dans l'esprit de transversalité de l'ECN. Elles pourront facilement être intégrées à tout cas clinique portant sur une pathologie psychiatrique ou pathologie susceptible d'engendrer un handicap psychique.

Les questions pourraient par exemple être les suivantes, à partir d'un cas clinique :

- quelles sont les déficiences présentées par ce patient ?
- quelles sont les limitations présentées par ce patient ?

– quelles sont les restrictions de participation présentées par ce patient ?

- quels sont les facteurs personnels et environnementaux influençant les déficiences limitations d'activités et restriction de participation chez ce patient ?
- quelle prise en charge des limitations d'activité proposez-vous au patient
- quelle prise en charge des restrictions de participation proposez-vous au patient ?
- quelles mesures de réhabilitation psychosociale pourriez-vous proposer à ce patient ?

– quelles possibilités de logement peuvent être proposées à ce patient ?

- des aides financières peuvent-elles être proposées à ce patient ?
- quelles modalités de travail pourraient être proposées à ce patient ?
- dans quel objectif proposez-vous une remédiation cognitive à ce patient ?
- citez des possibilités d'aide dans les compétences sociales pour ce patient, afin d'élargir son réseau social.

Lorsque le handicap est très sévère, le patient peut être orienté en institution de type :

- foyer de vie, principalement pour les personnes qui ne peuvent pas exercer d'activité professionnelle, y compris en structure spécialisée ;
- foyer d'accueil médicalisé (FAM), pour les personnes nécessitant un accompagnement médical et une aide éducative pour favoriser le maintien ou l'acquisition d'une plus grande autonomie dans les actes de la vie courante ;
- ou maison d'accueil spécialisée (MAS), lorsque l'état de santé de la personne handicapée doit nécessiter le recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante et une surveillance médicale ainsi que des soins constants.

Tous ces types d'hébergement s'adressent uniquement aux patients dans l'incapacité de mener une vie autonome à l'extérieur. Ces institutions organisent l'ensemble de la vie quotidienne et des activités du patient avec notamment des éducateurs spécialisés et des ergothérapeutes. Il faut par ailleurs souligner qu'il peut s'agir d'un lieu de vie transitoire, à un moment donné de la vie du patient. En effet, les mesures de réhabilitation, en particulier les mesures sanitaires dont la remédiation cognitive, peuvent contribuer à modifier la trajectoire de vie des usagers en leur permettant d'exprimer de manière plus efficace leurs potentialités, leur permettant alors de vivre à l'extérieur de manière indépendante.

### 3. Réseau social

Il existe également des programmes de réhabilitation structurés comme le programme de renforcement de l'autonomie et des capacités sociales (PRACS). Ce programme propose de travailler 4 domaines de compétences sociales, à savoir gérer son argent,

gérer son temps, favoriser ses capacités de communication et de loisirs, et améliorer sa présentation (avec éducation à la santé).

Les activités sociales se déroulent sous la forme d'ateliers d'ergothérapie animés par un professionnel (généralement en hôpitaux de jour du suivi ambulatoire) ou sous la forme d'ateliers animés par les patients notamment dans le cadre de groupes d'entraide mutuelle (GEM) et d'associations (Club loisirs, etc.).

### Prise en charge judiciaire

Lorsque le handicap nécessite une surveillance et un contrôle continu pour les actes de la vie civile (et parfois civique), des démarches judiciaires (tribunal de grande instance) spécifiques doivent être initiées par le médecin afin mettre en place des mesures de protection des biens des majeurs (sauvegarde de justice, tutelle, curatelle).•

C. Quilès déclare avoir des liens durables ou permanents avec l'entreprise EdiPsy, avoir participé à des interventions ponctuelles pour le laboratoire Janssen, et avoir été prise en charge, à l'occasion de déplacement pour congrès, par Janssen et Lundbeck. C. Lançon déclare avoir participé à des interventions ponctuelles (activités de conseil) pour l'entreprise pour les laboratoires Janssen, Roche, Lundbeck et Lilly.

### POUR EN SAVOIR +

Collège national universitaire des enseignants de psychiatrie (CNUP), Association pour l'enseignement de la psychiatrie (AESP). Le Référentiel de psychiatrie, Tours : Presses universitaires François-Rabelais, 2014.

Franck N. Remédiation cognitive dans la schizophrénie. Encyclopédie médico-chirurgicale 2014 ;37-820-A-55.

Union nationale des amis et familles de malades psychiques.  
<http://www.unafam.org/>